

RÉFÉRENCES

1. **Le Gal G, Righini M, Roy PM, et al.** Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. *Ann Intern Med* 2006;144:165-71.
2. **Stein PD, Hull RD, Patel KC, et al.** D-dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review. *Ann Intern Med* 2004;140:589-602.
3. **van Belle A, Buller HR, Huisman MV, et al.** Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography. *JAMA* 2006;295:172-9.
4. **Roy PM, Colombet I, Durieux P, Chatellier G, Sors H, Meyer G.** Systematic review and meta-analysis of strategies for the diagnosis of suspected pulmonary embolism. *BMJ* 2005;331:259.
5. **Elias A, Colombier D, Victor G, et al.** Diagnostic performance of complete lower limb venous ultrasound in patients with clinically suspected acute pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2004;91:187-95.
6. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism. Results of the prospective investigation of pulmonary embolism diagnosis (PIOPED). The PIOPED Investigators. *JAMA* 1990;263:2753-9.
7. **Perrier A, Bounameaux H, Morabia A, et al.** Diagnosis of pulmonary embolism by a decision analysis-based strategy including clinical probability, D-dimer levels, and ultrasonography: a management study. *Arch Intern Med* 1996;156:531-6.
8. **Musset D, Parent F, Meyer G, et al.** Diagnostic strategy for patients with suspected pulmonary embolism: a prospective multicentre outcome study. *LANCET* 2002;360:1914-20.
9. **Perrier A, Roy PM, Sanchez O, et al.** Multidetector-row computed tomography in suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2005;352:1760-8.
10. **Righini M, Goehring C, Bounameaux H, Perrier A.** Effects of age on the performance of common diagnostic tests for pulmonary embolism. *Am J Med* 2000;109:357-61.
11. **Chan WS, Ray JG, Murray S, Coady GE, Coates G, Ginsberg JS.** Suspected pulmonary embolism in pregnancy: clinical presentation, results of lung scanning, and subsequent maternal and pediatric outcomes. *Arch Intern Med* 2002;162:1170-5.
12. **Rutschmann OT, Cornuz J, Poletti PA, et al.** Should pulmonary embolism be suspected in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease? *Thorax* 2007;62:121-5.
13. **Roy PM, Meyer G, Vielle B, et al.** Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 2006;144:157-64.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts relatif au contenu de cette monographie.

MORCEAU CHOISI

Trousseau « Phlegmatia alba dolens », 1873



La phlegmatia peut être à l'origine d'un accident des plus redoutables, je veux parler de la fragmentation des caillots oblitérants. En effet, il est des cas où le caillot peut être emporté vers le cœur et de là dans l'artère pulmonaire. Cette grave complication a été surtout observée dans la phlegmatia suite de couches. [...]
Lors donc que vous verrez tout à coup survenir, chez une femme nouvellement accouchée, des phénomènes qui dévoileront un grand trouble dans la fonction de l'hématose, phénomènes dont les principaux seront de la douleur dans la poitrine, une grande anxiété respiratoire, vous devrez penser à la possibilité d'une embolie pulmonaire, et rechercher si à la périphérie du système veineux, il n'existe point quelques signes de coagulation. Dans la recherche de phlegmatia, la recherche ne sera pas difficile, mais il peut se faire qu'une thrombose des veines utérines suffise pour produire

une embolie; ainsi je me rappelle l'observation d'une jeune femme affectée de phlegmon péri-utérin, chez laquelle le toucher vaginal, pratiqué peut-être un peu trop brusquement, déterminait tous les symptômes de l'embolie pulmonaire.
La mort subite n'est pas toujours la conséquence de l'embolie pulmonaire; il faut, pour que la mort rapide ait lieu, que l'une des branches principales de l'artère pulmonaire soit le siège de l'embolie; dans les cas où le caillot migrateur a pu parvenir jusqu'aux divisions de deuxième et de troisième ordre, à la dyspnée subite peuvent succéder d'autres phénomènes qui seront ceux d'une péripneumonie, d'un œdème pulmonaire et les malades pourront guérir.¹

1. Trousseau A. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 4^e édition. Paris : éditions J.-B. Baillière, 1873.

